

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931.

THÈSE

523^{N°}

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MOISE POLICZANSKI

né en 1899 à Brześć (Pologne).

Tuberculose pulmonaire,
grossesse
et cure sanatoriale

Président : M. LEON BERNARD, Professeur.

Sté Franco-Slave 32, rue de Ménilmontant.

1931.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MOISE POLICZANSKI

né en 1899 à Brześć (Pologne).

Tuberculose pulmonaire, grossesse et cure sanatoriale

Président : M. LEON BERNARD, Professeur.

Sté Franco-Slave 32, rue de Ménilmontant.

I. — PROFESSEURS

Anatomie. — *M. Rouvière.*

Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale. — M. Grégoire.

Physiologie. — *M. Binet.*

Physique médicale. — *M. Strohl.*

Chimie médicale. — *M. Desgrez.*

Bactériologie. — *M. Lemierre.*

Parasitologie et histoire naturelle médicale. — *M. Brumpt.*

Pathologie et thérapeutique générales. — *M. Baudouin.*

Pathologie médicale. — *M. Clerc.*Pathologie chirurgicale. — *M. Lenormant.*

Anatomie pathologique. — M. Roussy.

Histologie. — *M. Champy.*

Pharmacologie et matière médicale. — *M. Tiffeneau.*

Thérapeutique. — *M. Loeper.*

Hygiène et médecine préventive. — *M. Tanon.*

Médecine légale. — *M. Balthazard.*

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — *M. Laignel-Lavastine.*

Pathologie expérimentale et comparée. — *M. Fiessinger.*

Hydrologie thérapeutique et climatique. — M. Maurice Villaret.

Clinique médicale. —

M. Carnot.
M. Bezançon.
M. Achard.
M. Marcel Labbé.

Hygiène et clinique de la première enfance. — *M. Lereboullet.*

Clinique des maladies des enfants. — *M. Nobécourt.*

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. —
M. H. Claude.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *M. Gougerot.*

Clinique des maladies du système nerveux. — *M. Guillaïn.*

Clinique des maladies infectieuses. — M. Teissier.

(M. Delbet.

Clinique chirurgicale) M. Cunéo.

Chimie chirurgicale. — } M. Lejars.

M. Gosset.

Clinique ophtalmologique. — M. Terrien.

Clinique urologique. — M. Legueu.

M. Couvelaire.

Clinique d'accouchements. — } *M. Brindeau.*

Clinique gynécologique M. Jeannin.

Clinique gynécologique. — M. J.-L. Faure.

Clinique thérapeutique médicale. — M. Ombrédanne

Clinique oto-rhino-laryngologique. — M. Rathery.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. Lemaître.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. Pierre Duval.

Clinique de la Tuberculose. — M. L.

de la tuberculose. — M. Léon Bernard.

Professeur sans chaire. — } *M. Mauclaire.*
 } *M. M...*

M. Mulon.



II. — AGREGES EN EXERCICE

- M. Alajouanine.* — Neurologie et psychiâtrie.
M. Aubertin. — Pathologie médicale.
M. Bénard Henri. — Pathologie médicale.
M. Brocq. — Pathologie chirurgicale.
M. Brulé. — Pathologie médicale.
M. Busquet. — Pharmacologie.
M. Cadenat. — Pathologie chirurgicale.
M. Cathala. — Pathologie médicale.
M. Chabrol. — Pathologie médicale.
M. Chailley-Bert. — Physiologie.
M. Chevallier. — Pathologie médicale.
M. Dognon. — Physique.
M. Donzelot. — Pathologie médicale.
M. Écalle. — Obstétrique.
M. Fey. — Urologie.
M. Gastinel. — Bactériologie.
M. Gatellier. — Pathologie chirurgicale.
M. de Gaudart d'Allaines. — Pathologie chirurgicale.
M. Giroud. — Histologie.
M. Harvier. — Pathologie médicale.
M. Hazard. — Pharmacologie.
M. Hovelacque. — Anatomie.
M. Huguenin. — Anatomie pathologique.
M. Hutinel. — Pathologie médicale.
M. Joannon. — Hygiène.
M. Labbé (Henri). — Chimie biologique.
M. Laroche (Guy). — Pathologie médicale.
M. Leveuf. — Pathologie chirurgicale.
M. Lévy-Valensi. — Neuro-psychiâtrie.
M. Lian. — Pathologie médicale.
M. Millot. — Histologie.
M. Mondor. — Pathologie chirurgicale.
M. Moreau. — Pathologie médicale.
M. Moulonguet. — Pathologie chirurgicale.
M. Moure. — Pathologie chirurgicale.
M. Oberling. — Anatomie pathologique.
M. Olivier. — Anatomie.
M. Piédelièvre. — Médecine légale.
M. Portes. — Obstétrique.
M. Quénu. — Pathologie chirurgicale.
M. Richet. — Physiologie.
M. Sannié. — Chimie biologique.
M. Sézary. — Dermatologie et syphiligraphie.
M. Vallery-Radot.
(Pasteur). — Pathologie médicale.
M. Vaudescal. — Obstétrique.
M. Velter. — Ophthalmologie.
M. Verne. — Histologie.
M. Vignes. — Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

- M. Guéniot.* — Obstétrique.
M. Lequeux. — Obstétrique.
M. Leroux. — Anatomie pathologique.
M. Neveu-Lemaire. — Parasitologie.
M. Retterer. — Histologie.
M. Zimmer. — Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

- | | |
|---|--|
| <i>M. Abrami.</i> — Clinique médicale. | <i>M. Mathieu.</i> — Clinique chirurgicale. |
| <i>M. Chiray.</i> — Clinique médicale. | <i>M. Mocquot.</i> — Clinique chirurgicale. |
| <i>M. Debré.</i> — Clinique médicale. | <i>M. Proust.</i> — Clinique chirurgicale. |
| <i>M. Duvoir.</i> — Clinique médicale. | <i>M. Schwartz.</i> — Clinique chirurgicale. |
| <i>M. Basset.</i> — Clinique chirurgicale. | <i>M. Le Lorier.</i> — Clinique chirurgicale. |
| <i>M. Chevassu.</i> — Clinique chirurgicale. | <i>M. Lévy-Solal.</i> — Clinique obstétricale. |
| <i>M. Heitz-Boyer.</i> — Clinique chirurgicale. | <i>M. Metzger.</i> — Clinique obstétricale. |

V. — CHARGES DE COURS

- M. Mauclaire*, professeur sans chaire. — Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
- M. Frey.* — Stomatologie.
- M. Chailley-Bert*, agrégé. — Education physique.
- M. Ledoux-Lebard.* — Radiologie clinique.
- M. Weil-Hallé.* — Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A la mémoire vénérée
de mon père
enlevé si rapidement à mon affection*

*A la mémoire vénérée
de mon beau-père*

A ma mère

*Qu'elle reçoive ici l'hommage de ma
grande reconnaissance pour les sacri-
fices qu'elle a su s'imposer pour
m'élever et m'instruire*

*A ma chère femme en témoignage
de ma profonde affection*

A mes frères et sœurs

A mon ami
Raoul Caillault

A la famille
MEKLER

*A Monsieur le Professeur
Léon Bernard*

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse*

Hommage respectueux

*A Monsieur le professeur Rathery
respectueux d'une profonde reconnaissance
Qu'il veuille trouver ici l'hommage*

*A Monsieur le professeur agrégé
Marcel Metzger
A qui je dois toute mon éducation obstétricale
avec l'expression de ma profonde reconnaissance*

*A mes maîtres de la faculté de Médecine
et des hôpitaux de Paris*

*A Monsieur le docteur Pierre Astruc
chef de la consultation de l'hôpital de Rothschild*

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et dont
je ne saurais oublier le bon accueil et les
conseils si généreusement distribués à sa
consultation.*

En témoignage de ma respectueuse gratitude

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études, il nous a fallu couronner nos efforts par l'élaboration d'une Thèse. Nous n'avons pu que constater combien était vaste la science médicale et combien rude serait notre tâche. D'autant que nous nous sommes attaqués à une question qui, depuis toujours, peut-on dire, passionne l'actualité médicale. Nous n'avons pas la prétention d'entrer dans les débats, mais simplement citer quelques observations qui nous montrent quelle puissante arme est la cure sanatoriale dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire chez la femme en état de puerpéralité et que, pour lui donner toutes chances de salut, la création des sanatoria pour femmes enceintes est nécessaire.

CHAPITRE I.

De la plus haute antiquité, jusqu'au milieu du XIX^e siècle on a vécu sur cette idée, que la grossesse empêche ou retarde la marche de la tuberculose pulmonaire. Cette fausse idée a vécu parce que la tuberculose pulmonaire a été mal isolée au milieu de toutes les maladies pleuro-pulmonaires coïncidant avec une grossesse. C'est au milieu du XIX^e siècle que cette opinion commença à être attaquée par les savants. Mauriceau, Grisolle, Dubreuil, Perroud, Hergott, Grancher, etc..., qui prouvent l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire.

Quelles sont les opinions de nos maîtres?

Prof. Léon Bernard rapporte une statistique sur 164 femmes, ayant présenté l'association, 31 avaient des antécédents de gestation ou d'accouchement à leur tuberculose.

Dans une autre statistique, prof. Léon Berard considère, que sur 327 observations des femmes tuberculeuses, dont 166 présentaient l'association de la tuberculose avec une grossesse, 55 ont vu leur tuberculose débiter à l'occasion de la grossesse.

Sur 138 observations du Dr Rist de même type, 75 femmes rattachaient le début de leur tuberculose à une grossesse, aux suites des couches, ou à un allaitement.

Prof. Sergent constate, dans sa clientèle de ville, sur 89 tuberculeuses certaines associées à grossesse, que dans 26 % de ses malades, les premiers signes de tuberculose

ont fait leur apparition moins de 10 mois après l'accouchement.

L'opinion généralement admise par les phthisiologues et accoucheurs est, que le moment où la tuberculose s'aggrave, se trouve dans les premiers mois de la grossesse et surtout lors du post-partum immédiat. C'est l'avis du moins des prof. Bar et Sergent.

Cependant, prof. Léon Bernard croit que « les femmes qui présentent des manifestations actives ou récentes de tuberculose, n'attendent pas en général l'accouchement pour voir leur tuberculose s'aggraver. Au contraire, les femmes qui ne présentent pas, avant d'être enceintes, des manifestations de tuberculose, ont plus de chances de résister à la gestation et c'est, celle-ci terminée, la puerpéralité qui risque le plus de déclencher l'évolution tuberculeuse laquelle débute un temps plus ou moins long après l'accouchement ».

Quoique pour certains l'éclosion d'une tuberculose à la suite d'un accouchement ou au cours de l'allaitement peut être considérée comme une coïncidence fréquente mais explicable. Quoiqu'ils font remarquer que les statistiques des phthisiologues portent sur des malades de dispensaires qui sont des femmes salariées, exerçant souvent des professions très pénibles et placées dans des médiocres conditions hygiéniques, nous pouvons dire, se basant sur les travaux de nos maîtres, qu'une grossesse survenant chez une tuberculeuse pulmonaire, constitue une complication toujours grave, et que la gestation ou la puerpéralité peuvent, souvent, déterminer l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire jusqu'alors latente.

LES CAUSES D'AGGRAVATION

D'après le prof. Sergent, la grossesse fait subir à l'organisme des modifications qui diminuent sa résistance. Le principal rôle revient à l'insuffisance surrénale qui entraîne une décalcification importante et, par là même, l'aggravation des lésions tuberculeuses.

Sterne, étudiant la sensibilité des femmes enceintes ou récemment accouchées à la tuberculine, voit la réaction moins fréquente au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, et conclut : Chez la femme enceinte les anticorps diminuent ou disparaissent, car une réaction positive est l'indice de la présence d'anticorps.

MM. Noblecourt et Paraf, étudiant les variations de la cuti-réaction pendant la grossesse et après l'accouchement, ont montré, que la grossesse détermine un état d'énergie tuberculinique, analogue à celui qu'entraînent différentes maladies infectieuses. Prof. Léon Bernard, Sergent, Pruvost, Armand-Delille ont montré que chez les tuberculeux l'intensité des réactions à la tuberculine est généralement un signe de bonne résistance à l'agent pathogène et constitue un bon signe de pronostic de la tuberculose et que la diminution de sensibilité à la Tuberculine coïncide le plus souvent avec une diminution de l'immunité. Dans le post-partum, la diminution brusque de volume de l'utérus qui augmente la capacité du diaphragme, agissant à la façon de la résolution brutale d'un pneumothorax artificiel, provoque une brusque extension des lésions.

Mais en dehors de toutes ces raisons scientifiques, on ne doit pas oublier de donner place aux plus simples raisons sociales, à la fatigue, au surmenage, aux soucis qu'apporte une grossesse, causes d'autant moins négligeables, que lorsque leur suppression a été obtenue par l'hospitalisation, la cure sanatoriale, le repos et le bien-être, l'on peut constater dans beaucoup de cas une notable amélioration de l'état de la malade (*Mazet*).

CHAPITRE II

Prof. Sergent dit : « Lorsque, dès le début de la grossesse le médecin constate chez une femme des signes de réveil de tuberculose il doit se souvenir que la femme qui lui demande ses soins, est une malade, et son devoir est de faire tout ce qu'il peut pour la soigner efficacement ».

« S'il estime que le pneumothorax artificiel est insuffisant ou irréalisable, au cas de lésions bilatérales, par exemple, et s'il croit que l'interruption de la grossesse peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter ».

Mais, pour le Dr. Rist « il est à peu près impossible de prouver si l'évolution d'une tuberculose chez une gestante sera ou non mortelle ». Il est d'avis, que l'avortement provoqué est tout aussi vulnérant, tout aussi aggravateur que l'accouchement spontané. « Jamais la preuve n'a été apportée que l'interruption provoquée de la grossesse ait augmenté les chances de survie des tuberculeuses gravides. Les partisans les plus convaincus de l'opportunité et de la légitimité de l'intervention abortive en cas de tuberculose n'apportent à l'appui de leur doctrine aucune statistique ou des statistiques portant sur un si petit nombre de cas qu'il est véritablement difficile d'en tenir grand compte ».

Pour le Prof. Léon Bernard « bien souvent les poussées évolutives, même avec des apparences de gravité extrême, se

terminent par l'arrêt. A coup sûr on ne peut assimiler l'arrêt d'une pareille poussée, consécutif à une interruption de gestation, à la cessation des vomissements incoercibles se terminant par l'avortement ».

En France cette opinion prédomine et l'abstention est la plus généralement pratiquée.

La conduite à tenir en présence d'une femme tuberculeuse en état de grossesse est la surveillance de la grossesse et traitement médical, non pas à l'hôpital ou en ville, mais dans un sanatorium aménagé de façon convenable, où la malade doit être envoyée de façon aussi rapide et précoce que possible, car la cure sanatoriale et le pneumothorax sont les seuls moyens puissants que nous possédons. Lorsqu'on prend certaines observations de l'interruption de la grossesse, on voit que l'échec accompagne les cas où la cure sanatoriale n'était pas combinée à l'avortement thérapeutique. Les observations de Colombet 35, 36, 37, 38, 39, 40 en sont la preuve. L'observation 32 est particulièrement instructive, car elle montre que chez la même malade l'avortement thérapeutique peut n'avoir aucun effet heureux lors d'une première grossesse, et lors d'une deuxième grossesse, permettre une guérison par cure sanatoriale, qui, sans lui aurait été impossible. Les observations de Pauporté de Bruxelles I, 2, 3, 4, 5, montrent les effets favorables de l'avortement thérapeutique grâce à la cure sanatoriale. L'observation 6, montre l'aggravation locale, extension des lésions, mais amélioration par la cure.

Les observations de nos malades, traitées dans le sanatorium qui est à la disposition de l'hôpital de Rothschild, montrent l'influence de la cure sanatoriale. Ces malades sont, dès que le diagnostic de la tuberculose est posé, immédiatement envoyées au sanatorium de l'hôpital à Hauteville.

OBSERVATION 1.

Malade G... 22 ans, se présente pour la première fois à la consultation le 14 mars 1929, enceinte de deux mois. En 1921 — hémoptysie abondante. Elle a un enfant de dix mois. Depuis un an elle tousse

et crache, elle a des points de côté, dyspnée à la marche, sueurs nocturnes. Son poids est de 47 kgs 100 gr.

L'examen clinique et la radio révèlent une tuberculose fibreuse du lobe sup. gauche. On ne trouve pas de bacilles.

Le 8 avril on envoie la malade à Hauteville où elle fait un séjour de cinq mois; elle quitte le sanatorium pour entrer à la Maternité de l'hôpital Rothschild. A son départ, l'état général est bon, elle ne tousse pas, ni ne crache. Pas de BK. Son poids est de 56 kgs 800. Le 19 novembre 1929 elle accouche normalement d'un enfant qui pèse 3 kgs; il est vacciné B.C.G. et séparé de la mère. Le 30.12.29, la femme est envoyée de nouveau à Hauteville pour compléter sa cure. Elle fait un deuxième séjour de 7 mois et part, sur sa demande, en bon état, le 28 juillet 1930.

La malade est surveillée à la consultation et son état continue à être bon.

OBSERVATION 2.

Malade W..., 30 ans. Se présente à la consultation de l'hôpital de Rothschild le 16 avril 1929, enceinte de 2 mois. Elle est très fatiguée, elle tousse, elle a des douleurs thoraciques, l'appétit est mauvais, amaigrissement de 6 kgs en une année, les conditions hygiéniques sont très mauvaises; elle, son mari et cinq enfants habitent dans une pièce. Dans ses antécédents, on trouve une congestion pulmonaire en 1925 et une grippe en 1927. Elle a une fille âgée de 8 ans, un garçon de 6 ans, une fille de 4 ans, une de 22 mois et un nourrisson de 3 mois. Elle se sent malade depuis sa grippe. L'examen clinique et la radiographie révèlent une tuberculose fibreuse du lobe sup. droit. Pas de BK. Son poids est de 62 kgs 700. Le 3 mai 1929 on l'envoie au sanatorium à Hauteville où elle fait un séjour de 4 mois. A son départ, l'état général est considérablement amélioré, elle ne tousse pas, son poids est de 75 kgs 800. Elle accouche normalement au début d'octobre. Son état est bon. On observe la femme à la consultation de l'H. R.

OBSERVATION 3.

Mme B..., 26 ans. Se présente à la consultation de l'Hôpital au début du mois d'août 1927, enceinte de quatre mois environ. L'examen découvre une lésion du lobe sup. gauche, elle est immédiatement envoyée au sanatorium à Hauteville. A son entrée, le 16 août 1927, la malade pèse 44 kgs 700, elle est subfébrile. Elle ne tousse pas, ni ne crache. A l'auscultation on trouve au poumon droit en arrière : quelques râles secs. Au poumon gauche : dans la fosse-sus-ép. sub-

matité, vibrations augmentées et une rudesse dans tout le poumon. A la radio on trouve, une obscurité du lobe sup. droit et une grosse opacité au lobe sup. gauche avec une image annulaire sous-clav. Les recherches de BK dans les crachats sont positives.

Le 8 septembre 1927 au sanatorium un pneumothorax artificiel gauche fut créé. Elle quitte le sanatorium le 1^{er} décembre à cause de sa grossesse avancée, elle fait un séjour de 4 mois. Son état général s'améliore, elle est apyrétique, son poids est 53 kgs, mais les crachats contiennent des BK. Le 15 janvier 1928 elle accouche à la Maternité de l'H. R. d'un enfant qui est aussitôt séparé de la mère et placé en nourrice de l'Œuvre Grancher, vacciné de B.C.G. Pendant son séjour à la Maternité on n'a pas continué les insufflations et une symphyse pleurale s'est constituée. Après l'accouchement la T° devient subfébrile. Le 14 février 1918 la malade retourne au sanatorium pour compléter la cure. On trouve toujours des BK. A partir du mois d'août 1928 on ne trouve plus des BK dans les crachats. Pendant son deuxième séjour, qui dure 9 mois et demi, l'état général de la malade est devenu parfait. Son poids a augmenté de 12 kgs 200 gr., elle est complètement apyrétique, elle ne tousse pas, ni ne crache. Les signes physiques s'améliorent. Les examens radioscopiques répétés montrent une opacité du lobe sup. gauche, mais l'image annulaire sous-cl. n'a pas été revue à partir du 13 juin 1928.

Actuellement, elle habite la campagne. Son état est assez bon, elle est surveillée.

OBSERVATION 4.

Madame W..., 22 ans. Se présente à la consultation le 8 novembre 1927, parce qu'elle se sent fatiguée, elle est enceinte de 4 mois environ. Dans ses antécédents ont trouve une pleurésie séro-fib. a droite en juillet 1925. A l'examen on constate au *poumon droit* : F. sus-ép. vibrations augm. Rudesse aux deux temps. F. sous-ép. vibr. augm. En avant : rudesse resp. aux deux temps. *Poumon gauche* : F. sus-ép. Râles secs inspiratoires après la toux. Radio : obscurité de deux lobes sup. surtout à gauche. Le sinus droit effacé, diaphragme droit soulevé, presque immobile. Tempér. normale. BK : 0. La malade part à Hauteville le 11 novembre 1927. Son poids est de 56 kgs 200 gr. Elle y reste 3 mois et quitte le sanatorium le 12 février 1928, pour entrer à la Maternité de l'H. R. A son départ les signes physiques sont les mêmes, son poids est augmenté, elle pèse 61 kgs.

Le 27 mars 1928 elle accouche d'un garçon de 2 kgs. L'enfant est séparé, il reçoit le B.C.G. L'état de la malade fléchit après l'accouchement, son poids est de 54 kgs 900. Tempér. normale. Elle part de nouveau au sanatorium de l'Hôpital à Hauteville le 8 mai 1928.

L'auscultation et la radio constatent une tuberculose fibro-caséuse bilatérale des lobes sup. à évolution torpide. Pas de BK. Elle fait un deuxième séjour de 4 mois et demi. Son état s'améliore sensiblement. A son départ elle pèse 59 kgs, mais l'image radioscopique est sans modification. L'état de la mère se maintient dans un état assez bon.

OBSERVATION 5.

Malade L..., 32 ans. Se présente à la consultation pour la première fois le 5 novembre 1929, enceinte de 7 mois. Antécédents : à l'âge de 5 ans — pleurésie sero-fib., sœur décédée de T. P. il y a 7 ans. Un accouchement à 8 mois de grossesse en 1927, qui la fatigue beaucoup, elle ne peut pas se rétablir. Actuellement elle a des sueurs nocturnes abondantes, fatigue extrême. T° 38 le soir. Laryngite. BK +, l'examen et la radio découvrent des grosses lésions bilatérales le 11 décembre 1929. Accouchement à 8 mois de grossesse; l'enfant pèse 3 kgs. Il est immédiatement après la naissance séparé de la mère. B.C.G. L'enfant va bien.

La mère succombe le 26 mars. Elle n'a jamais été traitée et pendant sa grossesse, malgré la fatigue et la fièvre elle a continué son travail.

OBSERVATION 6.

Mme J..., âgée de 26 ans. Se présente pour la première fois à la consultation en décembre 1926 enceinte de dix semaines environ, elle se sent fatiguée, elle tousse un peu. Rien dans ses antécédents. L'examen montre au P. G. vibr. augm. en arrière dans la f. sus et sous ép. Râles secs. Râles sous crep. en avant sous la clavicule. BK —. La radio montre : sommet gauche mal éclairé. Région sous-cl. gauche scissirite. T° normale.

Le 27 décembre 1926, elle arrive au sanatorium de l'hôpital à Hauteville. Son poids est 57 kgs 600. Elle reste à Hauteville 6 mois et demi et part à la Maternité le 12 juillet 1927. Son poids est 65 kgs 300. Son état général est bon. Elle accouche le 28 août 1927 d'un garçon qui est vacciné B.C.G. et aussitôt placé en nourrice. Après l'accouchement, elle commence à tousser de nouveau, elle est fatiguée et le 30 septembre 1927 elle entre pour la deuxième fois au sanatorium de l'hôpital à Hauteville. Pendant son deuxième séjour on trouve, en janvier 1930, des BK. une fois. Les recherches répétées n'ont plus montré la présence de BK. Les signes physiques s'améliorent. Le pneumothorax art. n'a pas été fait, en raison de l'évolution très

favorable, mais il est évident que son indication pourra se faire en cas des poussées évolutives.

Elle reste à Hauteville 8 mois et part en excellent état. Il s'agit d'une tuberc. du lobe sup. gauche à tendance fibreuse.

OBSERVATION 7.

Mme L..., 29 ans. Se présente à la consultation pour la première fois le 27 février 1928, enceinte de 4 mois. Antécédents : hémoptysie il y a quatre ans, après son premier accouchement, depuis elle tousse et crache. T° normale, elle n'a pas maigri. On trouve des BK dans les crachats. La radio montre le sommet droit gris. Région sous-cl. droite grise et tachetée, le lobe sup. droit est infiltré. Le 8 mars elle est envoyée au sanatorium de l'hôpital à Hauteville. Son poids est de 83 kgs 500.

L'examen clinique et la radiographie montrent une tuberculose ulcéreuse ancienne du lobe sup. droit à tendance fibreuse, paraissant stationnaire. Le pneumothorax artificiel n'a pas été possible (symphyse pleurale). La malade reste au sanatorium pendant 3 mois et quitte au début de juin 1928, pour se rendre à la Maternité de l'hôpital. Le 10 juillet 1928 elle accouche d'un garçon. B.C.G., placé en nourrice. Pendant son séjour assez court, l'état s'améliore, elle n'a pas de fièvre. On trouve des BK. 7 mois et demi après son accouchement l'état général fléchit, elle est très fatiguée, son poids ne diminue pas, toujours 84 kgs 700. On trouve des BK, elle tousse beaucoup. Elle est de nouveau envoyée au san. à Hauteville. Le 6 juillet 1928 on pratique une phrenicectomie droite. On fait des injections de sanocrysines (1 gr. 50). Elle fait un séjour de 15 mois et part le 20 mai 1930. A son départ BK +. Son état est considérablement amélioré. Il s'agit d'une tub. du lobe sup. droit, ulcéreuse, très améliorée par la cure et la phrenicectomie. Le 30 septembre 1930 elle part à Brevannes. Le 13 janvier 1931, retour de Brevannes. Elle va très bien, on ne decèle pas de BK.

OBSERVATION 8.

Mme H..., 21 ans. A la fin du mois de janvier 1930 hospitalisée à l'Hôpital de Rothschild pour une pleurésie sero-fibr. de côté gauche. Cette pleurésie a débuté vers le cinquième mois de sa grossesse. Elle se présente à la consultation le 4 avril 1930, très fatiguée, essoufflée, maigrie de 5 kgs en 3 mois. Son mari est tuberculeux, il a été hospitalisé à Tenon. Le 17 juin 1930 elle accouche normalement d'un garçon, poids 3.650 gr. B.C.G. L'enfant est séparé de la mère.

Le 24 juin 1930 elle part à Hauteville, son poids est 56 kgs 950, elle fait un séjour de 2 mois et demi et quitte le sanatorium sur sa demande et contre avis du médecin. Son poids au départ est de 60 kgs. Malgré sa cure insuffisante l'état général est amélioré. Le 17 février 1931 la malade est examinée. On trouve une légère submatité en arrière au poumon gauche, diminution de la respiration, au sommet gauche la resp. est rude. Son poids est de 54 kgs 800. Le 3 avril 1931 l'état est le même.

OBSERVATION 9.

Malade K..., 24 ans. Elle se présente à la consultation le 25 octobre 1927 parce qu'elle tousse, elle est très fatiguée, elle a des sueurs nocturnes, elle crache, elle n'a pas d'appétit, elle a maigri de 12 kgs en trois ans. Elle nourrit un enfant âgé de 5 mois. A l'auscultation on trouve : Les V. V. exagérées, la resp. est rude. A la radio on trouve : l'hile droit chargé, arborisation descendant le lobe inf. En avril elle fait une pleurésie du côté droit, le 27 juillet 1928 on trouve à l'hôpital Tenon : matité et diminution de la resp. à la base droite en avant. En arrière une forte diminution de la respiration dans le tiers inf. du poumon. Matité à la partie moyenne, quelques râles sous-crépitaux.

Examen radiologique : Persistance d'une ombre assez marquée du côté de la pleurésie, probablement encore un peu de liquide. Les culs de sac ne s'éclairent pas. A la partie moyenne du poumon droit, légère ombre. Sans excavation. Le 2 août elle entre au sanatorium à Hauteville. Son poids est 47 kgs 300, elle est subfébrile. BK —. Elle reste au sanatorium 7 mois et demi et quitte le 14 mars 1929 Hauteville en excellent état ayant pris 11 kgs et demi. En février 1931, elle est enceinte de 8 mois, elle fait une pleurésie séro-fibrineuse à gauche. Accouchement prochain.

OBSERVATION 10.

Mme G..., 18 ans. Premier examen le 18 juin 1928. Poids 47 kgs 400 gr., elle a une toux sèche, dyspnée très marquée à la marche, douleurs thoraciques au sommet gauche. Appétit nul. Sueurs nocturnes. Elle a perdu 15 kgs en 1 mois, elle est enceinte d'environ 2 mois et demi. En mai 1928, du 13 au 25, elle est hospitalisée à St. Joseph pour bronchite avec fièvre 39°. L'examen et la radio montrent une infiltration du lobe sup. gauche. Le 13 juillet la malade part au sanatorium à Hauteville. Son poids est 45 kgs 600., elle est subfébrile, elle tousse, dans les crachats BK +. Le 18 août 1928,

pneumothorax artificiel fut créé, elle fait un séjour de cinq mois et quitte le sanatorium le 13 décembre 1928 pour la Maternité de l'hôpital Rothschild. Son état général est amélioré. Les recherches de BK dans les crachats sont négatives. Son poids est 55 kgs. En résumé : tub. ulcéreuse du lobe sup. gauche traitée par le pneumothorax art. et cure sanatoriale. Collapsus pulm. incomplet, mais résultat clinique parfait; disparition de la fièvre et expectoration, état général bon. Le 15 décembre 1928 elle accouche d'une fille de 2.200 gr. L'enfant séparé et vacciné B.C.G. est allaité art. Le 8 janvier 1929 la malade part de nouveau à Hauteville. Elle reste 2 mois et demi et part sur sa demande. La malade va très bien, son pneumothorax est régulièrement entretenu sans incident. Rien au poumon droit.

OBSERVATION 11.

Malade L..., 30 ans. Antécédents : pleurésie en octobre 1927, amaigrissement prononcé, en mars 1928 — hémoptysie et une poussée fébrile pendant deux semaines. Au début de juin 1928 se présente à la consultation où on trouve une tuberculose ulcéreuse du lobe gauche, BK +, état subfébrile.

Le 18 juin 1928, envoyée au sanatorium; à son entrée son poids est 66 kgs 400. Le 29 juin 1928 pneumothorax artificiel gauche est créé, elle reste jusqu'au 28^e mai 1929. Depuis avril 1929 on ne trouve pas des BK, elle tousse peu et crache peu. Son état général est très bon. Pas de fièvre, elle fait un séjour de 11 mois et quitte le sanatorium le 28 mai 1929 avec un poids de 70 kgs 200. Le 12 novembre 1929, la malade est envoyée de nouveau à Hauteville parce qu'elle est enceinte de 5 mois et demi. Elle ne tousse pas, ni ne crache. BK —. Son poids est 72 kgs, elle reste 3 mois et part pour la Maternité. Au départ son état est excellent. Son poids est de 74 kgs 700. Elle accouche à la fin de février d'un enfant normal qui est vacciné B.C.G. et séparé de la mère. L'état de la mère est très bon.

OBSERVATION 12.

Malade M..., 31 ans. Se présente à la consultation le 27 novembre 1928, enceinte de 6 mois. Elle a des points de côté à droite, dyspnée à la marche, asthénie, amaigrissement. Elle est mère de quatre enfants, le dernier accouchement date depuis 1925. Conditions hygiéniques mauvaises. La maladie a débuté en février 1928 par fatigue, amaigrissement, toux, expectoration peu abondante sanguinolante. En juin 1928 — hémoptysie. A l'examen : BK —. A l'auscultation : P. D. : Fosse sus-ép. vib. +. Rudesse inspiratoire. F. sous-ép. idem, base —

obscurité, râles secs inspiratoires augmentés par la toux, en avant — creux sous-cl. Submatité, vibr. exag. Rudesse inspiratoire. *P. G.* : F. sus et sous-ép., vibr. exag. râles secs augm. par la toux, en avant — rien. *Scopie* : Les sommets sont gris, taches hilaires très accusées.

Le 10 décembre elle part au sanatorium de l'hôpital. Son poids une pièce pour toute la famille. Actuellement enceinte de 2 mois et demi et part le 28 février pour accoucher. Son poids au départ est 54 kgs 400. Malgré la cure insuffisante son état est amélioré. Le 27 mars 1929 elle accouche sans incident, l'enfant est normal, 3 kgs 300 gr. B.C.G., séparé de la mère.

Le 3 mai 1929 elle part de nouveau à Hauteville pour compléter sa cure. Son poids est 49 kgs 300. Elle y reste 10 mois et quitte le sanatorium en excellent état. Son poids au départ est 59 kgs 300. BK —, elle ne tousse pas, ni ne crache.

OBSERVATION 13.

Mme B..., 31 ans. Se présente à la consultation le 20 octobre 1927, elle a un enfant âgé de 8 ans et un autre âgé de 3 ans. Depuis sa dernière grossesse elle a maigri de 15 kgs, elle tousse, elle est fatiguée, parfois sueurs nocturnes. Les conditions hygiéniques sont mauvaises : une pièce pour toute la famille. Actuellement enceinte de 2 mois et demi environ. Le 6 octobre elle fait une hémoptysie.

A l'examen : dans le poumon droit, resp. très granuleuse dans la f. sous-ép. Rien dans le reste du poumon. *P. gauche* — rien. BK —.

Scopie : sommets gris, empâtement hilaire bilatéral. Le 30 octobre elle entre au sanatorium de l'hôpital à Hauteville. Son poids est 41 kgs 650, elle fait une cure de quatre mois et demi et part le 17 mars 1928. Au départ l'auscultation ne donne rien. Son poids est 55 kgs. En résumé : Tub. fibreuse ganglio-interstitielle bilatérale. BK —. Le 14 mai elle accouche normalement. L'enfant pèse 2 kgs 500. B.C.G. Le 7 juin 1928 elle retourne à Hauteville. Son poids est de 51 kgs. Les signes fonctionnels sont nuls. Les recherches de BK — négatives. L'auscultation et l'examen radioscopique sont sans modification; elle reste trois mois et demi et part en excellent état le 20 septembre 1928.

OBSERVATION 14.

Malade M..., 29 ans. Se présente à la consultation le 11 juin 1929, enceinte de 4 mois et demi, elle a deux enfants âgés de 8 ans et de 4 ans. Depuis sa dernière grossesse, la malade tousse, crache et maigrit. Actuellement : toux continuelle, dyspnée à la marche, sueurs nocturnes, asthénie, douleurs thoraciques. Son poids est 56 kgs 400.

L'auscultation donne : des râles secs au sommet gauche, retentissement de la voix, exag. de V. V. A la scopie on trouve le sommet gauche gris et ne s'éclaire pas à la toux. Taches et noyaux opaques parasternaux. Même image radiographique.

Le 7 juillet 1929 elle part au sanatorium de l'hôpital à Hauteville où elle reste très peu de temps, 2 mois, et elle quitte le sanatorium en septembre pour aller à la maternité. Elle a engraisé. On trouve des BK dans les crachats. Son état général est bon. Il s'agit d'une tub. périhilaire bilatérale à prédominance ulcéreuse à gauche. Elle accouche le 27 septembre, à 8 mois, d'un enfant de 3 kgs qui est vacciné B.C.G. et séparé.

Le 5 novembre 1929, elle arrive de nouveau à Hauteville où elle fait une cure de six mois et part sur sa demande en très bon état. Elle ne tousse pas, ni ne crache. BK —.

OBSERVATION 15.

Mme K..., 37 ans. Se présente à la consultation le 29 juillet 1930 parce que depuis 4 mois elle tousse continuellement, elle a maigri, elle n'a pas d'appétit. En décembre 1929 elle fait une congestion pulmonaire. Elle se plaint de douleurs thoraciques aux deux sommets. Son poids est 69 kgs 200. Le soir la T° atteint 37,9. On trouve les v. v. exag., resp. rude aux deux sommets, retentissement de la voix. La radioscopie et radiographie découvrent : taches hilaires très accusées, taches sous-cl. gauche. La malade est envoyée au sanatorium de l'hôpital à Hauteville le 7 août 1930, elle est enceinte de quatre semaines. Elle y reste 6 mois et quitte le sana le 5 février 1931. Son poids 85 kgs 200. BK — 0. Le 22 Mars 1931 accouche normalement d'un enfant de 3 kgs. L'enfant est vacciné B.C.G., allait. artificiel.

Résumé : Tub. hilaire bilatérale, bénigne.

OBSERVATION 16.

Mme K..., 27 ans. Accouche à la Maternité de l'hôpital le 22 mars 1928, le 27 mars elle est examinée au point de vue pulmonaire. On trouve comme signes fonct. : toux sèche, douleurs thoraciques, asthénie, amaigrissement. A l'auscultation et à la scopie on constate une tub. fibreuse bilatérale à point de départ hilaire. BK —. Le 15 mai 1928 entre au sanatorium de l'hôpital à Hauteville. Son poids est 40 kgs 900, elle y reste 5 mois et demi et part en excellent état, ayant engraisé de 9 kgs.

OBSERVATION 17.

Mme D..., 24 ans. Se présente à la consultation le 5 septembre 1930. B. R. le 5 mai 1930. En 1927 elle a fait une hémoptysie.

Actuellement : Asthénie, amaigrissement, plusieurs crachats hémoptoïques il y a 15 jours, point de côté. L'auscultation et la radio montrent une tub. ganglio-interstitielle bilatérale à prédominance gauche. Elle est enceinte de 4 mois environ. Elle fait une cure à Hauteville pendant 3 mois et part le 10 février 1931. Son état est bon, elle a repris 5 kgs.

OBSERVATION 18.

Mme P..., 24 ans. Se présente le 2 juillet 1929 à la consultation parce qu'elle tousse, crache, elle a des sueurs nocturnes, et elle se sent fatiguée. L'auscultation et la radio, nous montrent une tuberculose ganglio-interstitielle, elle n'a pas de bacilles dans les crachats. Elle est enceinte de 2 mois. Elle part à Hauteville le 25 juillet 1929. Son poids est 54 kgs 850, elle reste à Hauteville 4 mois et demi et part le 12 décembre pour accoucher. Son état est bon. BK —. Au départ, poids 63 kgs 850. Il s'agit d'une tuberculose périhilaire bilatérale avec expect. persistante non bacillifère. Le 7 février 1930 — accouchement normal. L'enfant pèse 2.500 gr. B.C.G., allaitement art. Le 22 mai 1930 elle fait une hémoptysie. Elle est surveillée à la consultation.

En résumé, nos observations de tuberculose et grossesse se rapportent aux formes allant des plus bénignes aux formes graves. D'une façon générale, on peut admettre que la grossesse et l'accouchement exercent une influence défavorable sur l'évolution de la tuberculose. Nos observations des formes bénignes (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) montrent que si, le plus souvent, cette forme reste discrète, elle peut être influencée par la grossesse et, pour empêcher la marche, il faut, au premier signe, instituer un traitement sanatorial.

Nous croyons utile de rapporter les observations du Dr. I. Stiassnie (Revue de la Tub. Juillet 1930) qui plaident en faveur de notre thèse.

OBSERVATION 1.

B..., vingt-six ans, vient consulter pour la première fois le 3 novembre 1922. Elle tousse et se sent fatiguée depuis un an environ. Le début a été marqué par une poussée fébrile modérée, qui a duré un mois environ. L'examen montre une tub. fibro-caséuse bilatérale prédominant au niveau du lobe sup. gauche. La T° normale. BK +. Il s'agit d'une tub. pulm. évoluant de façon assez torpide, sans grande T° depuis un an. La malade est enceinte d'un mois. Envoyée au sanatorium d'Angeville, elle y fait une cure — trop courte — de trois mois et demi. A son retour, l'état général est bon, la toux rare, mais l'expectoration est toujours bacillifère. Rien d'anormal jusqu'à l'accouchement. Après l'accouchement la malade présente une petite élévation de T° qui ne dure que quelques jours. Elle se lève seize jours après l'accouchement. L'enfant pèse 2270 gr. Dans la suite, pendant 2 ans, l'état de la malade se maintient satisfaisant. Ce n'est qu'après cette période que de nouvelles poussées évolutives fébriles se manifestent, d'abord discrètes et espacées, puis plus longues et plus rapprochées. Peu à peu, la malade se cachectise et elle meurt le 10 août 1928, c'est-à-dire cinq ans après son accouchement. Dr. Stiasnie fait remarquer que la cure sanatoriale, bien que trop courte, a pu avoir cependant une influence favorable sur l'allure de la maladie.

OBSERVATION 2.

B..., 24 ans, soignée pour tub. pulm. au sanatorium de Bligny pendant deux ans. A son retour l'état général est bon, mais l'expectoration contient de façon intermittente des BK. Il s'agit d'une tub. fibro-caséuse bilatérale intéressant la totalité du lobe supérieur droit et le tiers sup. du lobe sup. gauche. En avril 1926 elle se marie. Elle quitte la ville et va vivre à la campagne. En 1927 elle a un enfant. La grossesse a été bien supportée. Instruite par son séjour au sanatorium, elle est restée au repos complet et a suivi, pendant toute sa grossesse, une cure de plein air dans de bonnes conditions. L'accouchement s'est bien passé mais une poussée thermique atteignant 38,5° ayant duré quinze jours environ s'est déclarée peu de jours après l'accouchement et s'est accompagnée de toux et d'une augmentation notable de l'expectoration. L'enfant n'a pas été nourri par la mère, il a été séparé. C'est un enfant normal qui pèse 8200 gr. à dix mois.

On voit ici que la tuberculose, franchement extensive, au début, a revêtu, à la suite d'un traitement prolongé au sana-

torium, une allure torpide, entrecoupée cependant de petites poussées thermiques qui sont restées curables. C'est grâce à la cure que la grossesse n'a pas déterminé de modifications dans l'évolution de la maladie. (Stiassnie).

OBSERVATION 3.

26 octobre 1923. Louise, 39 ans, mère de huit enfants, malingre, fatiguée, travaille. Père alcoolique. Conditions hygiéniques déplorables. L'examen de la mère révèle tub. pulm. intéressant la moitié du lobe sup. droit, avec, à gauche, une lésion secondaire peu étendue. Expect. abondante, la T° subfébrile. Une brusque élévation de T° rend impossible son départ à Hauteville. L'état général devient mauvais et elle est envoyée à l'Hôtel-Dieu de Clermont. A l'hôpital l'état s'améliore peu à peu néanmoins, à son départ de l'hôpital l'état est très précaire. Pendant qu'évolue cette grave poussée tub. se développait une grossesse. Le début de la grossesse a coïncidé approximativement avec le début de la poussée fébrile. Dans les mois qui suivent, l'état général reste précaire, les lésions pulm. du côté gauche se sont lentement accusées, la toux persiste, l'expect. contient de nombreux BK. La T° est de temps à autre à 38° puis baisse vers la fin de la grossesse et redevient à peu près normale. L'accouchement a lieu à l'Hôtel-Dieu de Clermont. L'enfant pèse 3500 gr. Après l'accouchement, petite poussée fébrile à 38° mais ne dure que quelques jours. Dès sa sortie de la Maternité la malade fait une cure pendant un an. L'amélioration se poursuit lentement, mais de façon nette. Un mois après l'accouchement le poids était de 43 kgs, trois mois après — 46 kgs, dix mois après — 50 kgs 800. Un an après 53 kgs. La toux est devenue rare, puis a disparu. Quatorze mois après l'accouchement les examens des crachats sont devenus négatifs. Elle devient de nouveau enceinte 18 mois après son dernier accouchement. Au début cette grossesse est pénible. Malgré cela on ne note pas des signes d'activité du côté des lésions pulm. La malade accouche normalement, l'enfant pèse 3050 gr., est placé en nourrice. La malade est toujours dans un bon état.

« Il y a tout lieu de croire, que si cette malade était restée dans les conditions d'existence très précaires où elle s'est trouvée au début, on aurait vu très probablement sa tub. évoluer de façon toute différente. L'action d'une thérapeutique sévère et prolongée est manifeste dans ce cas » (Stiassnie).

OBSERVATION 4.

Il s'agit d'une tub. pulm. antécédente, aggravée par la puerpéralité qui a été mortelle peu de temps après l'accouchement. Deux points sont à remarquer, tout d'abord l'histoire de la malade indique que les premières manifestations de la tub. pulm. sont apparues six mois après un premier accouchement. En outre cette malade, non guérie de cette première poussée évolutive, est de nouveau enceinte. La tub. devient rapidement extensive après l'accouchement. Dr. Stiasnie remarque qu'un traitement diététo-hygiénique n'a pu malheureusement être institué chez cette malade pendant la grossesse.

Ensuite, parmi les 34 belles observations du Dr. Stiasnie, nous avons cinq observations où la tuberculose prend l'allure rapidement progressive.

La malade de l'observ. 6, se présente pour la première fois à la consultation, enceinte de 7 mois; elle ne subit pas la cure sanatoriale. La malade de l'observ. 7 se présente, étant enceinte de 6 mois et ne subit pas la cure sanatoriale. La malade de l'observ. 8 se présente pour la première fois enceinte de 6 mois et ne peut être envoyée au sanatorium. La malade de l'observ. 9 refuse la cure sanatoriale. La malade de l'observ. 10 refuse le pneumothorax et la cure sanatoriale. Tous les cinq sont mortels.

OBSERVATION 11.

Antonia, vingt-cinq ans. Cette malade commence à tousser et à maigrir vers le deuxième mois de sa grossesse. Elle consulte son médecin assez tardivement, vers le sixième mois de la gestation. Dans les crachats on trouve des BK. La malade qui habite la campagne, fait à ce moment une poussée thermique prolongée. La fièvre baisse vers le début du mois suivant. Elle accouche d'un enfant qui pèse 2700 gr. qui est aussitôt isolé. A la suite de l'accouchement, nouvelle poussée évolutive fébrile, qui persiste pendant plus de deux mois, accompagnée de sueurs nocturnes profuses. La malade se présente au dispensaire trois mois après son accouchement. On trouve une tub. unilatérale, intéressant le lobe sup. droit. La malade refuse le pneumothorax thérap. et la cure sanatoriale. Ses conditions d'existence et la maison qu'elle habite, à la campagne, permettent d'ailleurs de lui faire suivre dans des conditions relativement satisfaisantes, une cure d'air et de repos qu'elle observe assez bien. Dans la suite une

période de plusieurs mois où la T° reste subfébrile, la malade fait une poussée de cortico-pleurite de la base droite. A cette occasion elle demande d'aller au sanatorium. Elle reste pendant quelques mois et son état s'améliore sensiblement dans la suite. Actuellement elle est en bon état et les examens des crachats sont négatifs depuis un an.

OBSERVATION 12.

Malade, 28 ans. Vient consulter le 11 février 1929. Elle est enceinte et depuis sa grossesse, elle tousse, maigrit, elle a eu une poussée de T° pendant trois semaines. L'examen montre une tub. ulcéro-caséuse du lobe sup. gauche. On envoie immédiatement la malade au sanatorium et quelques jours après son admission on pratique un pneumothorax gauche. L'état général s'améliore, la T° redevient normale. Elle quitte le sana pour entrer à la Maternité. Elle accouche le 9 juillet 1929. L'enfant pèse 3500 gr. Il est isolé dès sa naissance. A la suite de l'accouchement, la malade présente une poussée thermique à 38°, qui persiste pendant quinze jours environ, accompagnée de quelques crachats sanglants. La malade part de nouveau au sana. Son état est considérablement amélioré, T° normale, BK négatif.

OBSERVATION 13.

Malade âgée de 32 ans, vient consulter en janvier 1929, depuis deux ou trois mois elle maigrit sensiblement. L'examen pulm. montre une tub. fibro-caséuse intéressant la moitié supéro-interne du lobe sup. droit. BK +. Elle est envoyée au sanatorium. La malade a ses dernières règles en février. Une grossesse se développe. On pratique un pneumothorax therap. La malade a pu être traitée dès le début de la grossesse par la cure sanatoriale et le pneumothorax artificiel. Elle accouche normalement d'un enfant qui pèse 3500 gr., qui est isolé dès la naissance. L'état de la malade est bon. Les crachats ne contiennent pas de BK.

Ces observations nous montrent, comment la cure sanatoriale et le pneumothorax art., ces deux puissants moyens, arrêtent la marche de la tuberculose, surtout lorsque le traitement était institué dès le début de la grossesse.

OBSERVATIONS 17.

Il s'agit d'une femme chez laquelle la tub. commence à évoluer cinq mois après l'accouchement, elle est atteint d'une tub. bilatérale prédominant du côté droit, où l'on note une petite excavation au niveau de la partie moyenne du poumon. A gauche, les lésions sont moins étendues. BK +. On fait suivre à cette malade une longue cure sanatoriale (près d'un an). Son état s'améliore très sensiblement dans la suite. Depuis son état est satisfaisant.

Les observ. 18, 19, 20, 21, nous montrent, que des formes d'allure bénigne, la forme discrète, peuvent être influencées par la puerpéralité et constituer le point de départ des tub. plus graves, et, qu'au premier signe d'activité tuberculeuse, un traitement convenable et suffisamment prolongé donne des bons résultats.

Les observ. 23, 24, 25, concernent des malades ayant présenté des hémophtisies, survenues au début de la grossesse pour la première, au troisième mois pour la deuxième, et au septième mois pour la dernière. La première est placée dans une maison de cure jusqu'à son accouchement. La fin de la grossesse est normale. L'accouchement sans incidents. Les ombres hilaires chargées, denses. Quatre mois après l'accouchement la malade fait une pleurésie gauche. Elle part au sanatorium et elle revient avec un bon état général qui s'est maintenu depuis. Chez la deuxième, qui est enceinte de quatre mois, on trouve à la radioune lésion discrète, mais nette, au niveau de la région sous-apexienne, du côté gauche. Elle est envoyée au sanatorium et revient un mois avant le terme en très bon état, son poids a augmenté de 8 klg, elle ne crache, ni ne tousse. L'accouchement est normal, l'enfant pèse 3.650 gr. La troisième, enceinte de 8 mois, vient consulter après son hémophtisie abondante. L'examen montre un foyer peu étendu, ne donnant pas l'impression d'une lésion en voie d'extension, siégeant au niveau de la partie inféro-externe du lobe sup. droit. Etant donné que la malade est proche du terme, et elle habite un logement salubre, on lui recommande de rester au repos. Après l'accouchement elle a de la

fièvre, qui persiste pendant 8 jours. La toux augmente un peu. On envoie la malade au sanatorium. Elle y reste cinq mois, revient en parfaite santé. Il n'y a, depuis, aucun signe évolutif de tuberculose chez cette malade.

Les observ. 26, 27, 28, 29, 30 et 31 présentent des cas de pleurésie et grossesse, soit qu'il s'agisse de grossesse évoluant chez d'anciennes pleurétiques, soit de pleurésie débutant au cours de la gestation ou dans les suites de couches. La cure sanatoriale a eu une influence heureuse sur l'arrêt des signes chez les malades de ce groupe, surtout chez la malade de l'observ. 31, où les signes étaient menaçants au moment où elle a commencé à se soigner.

OBSERVATION 32.

P., vingt-cinq ans, vient consulter pour la première fois le 16 octobre 1925, enceinte de six mois environ. Il y a trois mois elle a présenté une pleurésie droite. Au moment où on examine cette malade elle est convalescente. L'état général est bon, les forces sont revenues, elle tousse très rarement, les crachats ne contiennent pas de BK. Six mois après cet accouchement, nouvelle grossesse qui se passe bien, elle nourrit son enfant. Six mois plus tard elle se sent fatiguée et se met à tousser. A l'examen on constate à ce moment un foyer tuberculeux juxta-scissural droit, avec présence de BK. Le pneumothorax est impossible à cause de la symphyse secondaire à la pleurésie antécédente. Trois jours plus tard, petite hémoptysie. Il s'agit d'une poussée tub. qui peut être mise sur le compte de la puerpéralité, d'autant plus que la malade allaitait au moment où les premiers signes de cette poussée évolutive se sont manifestées. On envoie la malade au sanatorium. Elle fait une cure de sept mois, à la suite de laquelle elle revient en très bon état. Les bacilles ont disparu des crachats, le poids, de 57 kgs à son entrée, est de 65 kgs à la fin de la cure.

Nous pouvons conclure qu'à l'égard de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte, nous ne sommes pas désarmés et qu'il est possible de donner une amélioration durable après une cure sanatoriale prolongée. Pour assurer à la tuberculeuse enceinte le maximum de chances, il faut instituer la cure sanatoriale dès que la malade se présente

à la consultation et poursuivre le traitement loin après l'accouchement de façon à éviter, ou de traiter dans de bonnes conditions, la poussée évolutive qui risque de se produire dans les suites de couches. Dans les formes unilatérales, le pneumothorax artificiel et la cure donnent des résultats surprenants.

CHAPITRE III

Grâce aux efforts des prof. Léon Bernard et Couvelaire, est créée, depuis 1926, une maternité pour les femmes enceintes, annexée à la clinique Baudelocque. Chaque tuberculeuse a, dans cette Maternité, une chambre strictement personnelle, où elle peut rester, même après l'accouchement. Les pneumothorax thérapeutiques sont entretenus par les assistants du pro. Léon Bernard et du Dr. Rist. La Maternité est en contact constant avec le dispensaire Léon Bourgeois.

C'est un progrès énorme, les résultats sont très bons, mais les sanatoria spéciaux sont capables d'améliorer les résultats et assurer le succès dans la lutte contre la tuberculose chez la femme en état de puerpéralité.

Il n'existe pas encore, à l'heure actuelle en France, des sanatoria pour tuberculeuses enceintes, lesquels réclamait déjà, en 1912, Alexandrow. Nous pouvons signaler l'existence d'un sanatorium pour tuberculeuses enceintes en Norvège (Albeck).

Plus intéressants sont les résultats obtenus aux Etats-Unis. Actuellement il y a aux Etats-Unis environ 618 sanatoria comprenant à peu près 74.000 lits. Une étude a été faite par l'Association Nationale Américaine de Tuberculose, en 1927, à propos des rapports de la tuberculose et de la grossesse et des facilités accordées aux femmes enceintes par les sanatoria. Quant à leur admission, le tableau ci-dessous montrera mieux les résultats obtenus.

Tous sanatoria des Etats-Unis admettant les tuberculeuses avec service spécial pour femmes enceintes.

Capacité	Sana admettant des femmes	Nombre de lits disponibles dans sana admettant les femmes	Correspondant aux femmes enceintes					
			Non enceintes		Amenées après l'accouchement		Amenées avant l'accouchement	
			Sana	Lits	Sana	Lits	Sana	Lits
TOTAL	463	43.987	73	6.663	87	41.414	247	23.404
Au dessous de 25 lits								
	62	1.032	9	147	10	147	24	440
25—49 „	115	4.031	20	668	19	621	58	2.118
50—99 „	148	9.755	20	1.306	23	1.534	90	5.899
100—199 „	82	10.745	15	1.794	16	2.220	47	6.163
200—299 „	30	7.295	4	956	10	2.390	16	3.949
300—399 „	14	4.882	2	722	4	1.380	8	2.780
400—499 „	4	1.850	1	495	1	480	2	875
500 lits et plus	7	4.397	1	575	4	2.642	2	1.180

Une récente publication intéresse 2 sanatoria d'Etat. Sur les femmes admises pour formes frustes, 62 % vivaient 15 ans après l'accouchement, et sur ce 62-80 % travaillaient. Pour formes modérément avancées : 30 % vivaient 15 ans après et pour formes avancées 8 % seulement étaient en vie.

CONCLUSIONS

- 1) La grossesse aggrave souvent la tuberculose pulmonaire, même les formes bénignes.
- 2) La puerpéralité place la tuberculeuse dans un tel état, que plusieurs mois après l'accouchement elle reste sous menace de l'aggravation.
- 3) La cure sanatoriale est un moyen de traitement très efficace surtout lorsqu'elle est instituée de façon aussi précoce que possible et prolongée longtemps après l'accouchement.
- 4) Dans les formes unilatérales, la cure sanatoriale et le pneumothorax artificiel, donnent très souvent des résultats surprenants.
- 5) La création des sanatoria pour femmes enceintes peut donner à la tuberculeuse enceinte, toutes chances de salut.

Vu

Vu

Le Doyen,
BALTHAZARD.

Le Président,

LÉON BERNARD.

Vu

et permis d'imprimer
le Recteur
de l'Académie de Paris
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bar.* — De la tub. compliquée de grossesse (conférence à Madrid 1921).
- Bar.* — Tub. et gestation (Bulletin de l'Acad. de Méd., 14 nov. 1922).
- Bar et Devraigne.* — La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine (Rev. d'Obst. et de Gynéc. Avril 1905).
- Léon Bernard.* — Gestation et tub. (Presse méd. 15 Nov. 1921).
- Léon Bernard.* — Rapports de la tub. et de la grossesse (Bull. Acad. de Méd. 19 Décembre 1922).
- Couvelaire.* — Une Maternité pour tub. (Gyn. et obst. Juin 1926).
- Couvelaire.* — Rapports de la tub. et de la gravidité (Soc. Obst. et Gyn. de Paris. Avril 1921).
- Couvelaire.* — Tub. et fonction de reproduction chez la femme (Tub. Méd. Mai 1927).
- Léon Bernard.* — Relations de la tuberculose pulm. et de la maternité (Paris méd. Janvier 1923).
- Pinard.* — De l'avort. soi-disant thérap. chez les femmes tub. en état de gest. (Bull. méd. Juin 1912).
- Pinard.* — Tuberculose et grossesse (Bull. de l'Acad. de Méd. 21 Novembre 1922).
- Sergent.* — L'avortement thérap. chez les tuberculeuses (Presse méd. Nov. 1926).
- Sergent.* — Tub. et gestation (Bull. de l'Acad. de Méd. 12 et 19 décembre 1922).

- Mazet.* — Tub. et grossesse (Thèse de Paris 1925).
- Metzger.* — Discussion sur les rapports de la tub. et la gestation (Soc. Obst. et Gyn. Janvier 1922).
- Morvezen.* — Grossesse et tub. (Thèse de Paris 1922).
- Dantier.* — Grossesse et tub. (Thèse de Paris 1920).
- Colombet.* — Grossesse et tub. (Thèse de Lyon 1912).
- Lawrence S. Fuller.* — Grossesse et tub. (Thèse de Paris 1927).
- Rist.* — Tuberculose pulm. et gravidité (Soc. Obst. et Gyn. Mars 1921).
- Stiassnie.* — Revue de la tuberculose (Juillet 1930).
- Albout tuberculosis Statistician National Tuberculosis Association
February 1931).

Imp. Franco-Slave, Paris
32, Rue de Ménilmontant

